

Zał. nr 1. do Regulaminu

.....  
*Imię i Nazwisko*

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*miejsce pracy*

.....  
*stanowisko, rodzaj umowy*

Pan/Pani

.....  
Dyrektor  
Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN  
we Wrocławiu

## WNIOSEK

o przyznanie świadczenia socjalnego

Zwracam się z prośbą o przyznanie świadczenia socjalnego postaci bezzwrotnej  
zapomogi z tytułu .....

*tzus. "MIKOKAJEK"*

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
*podpis osoby uprawnionej*

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która jest dostępna na stronie www IliTD PAN oraz u Sekretarza ZFSS.  
Oświadczam, że ujawniając w treści wniosku dane osobowe osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wypełniłem/am obowiązki informacyjne IliTD PAN przewidziane w art. 14 RODO przekazując tym osobom w/w. Klauzulę informacyjną.  
Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i danych dot. sytuacji materialnej, zgodnie z ustawą z 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 ze zm.) - art. 286 § 1

.....  
*podpis osoby uprawnionej*